



**DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
SERVICE DE NEUROBIOLOGIE  
LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC DES MALADIES A PRIONS**

Drs Isabelle QUADRIO ; Armand PERRET-LIAUDET  
Secrétariat : 04.72.12.96.28 - Email: [prenom.nom@chu-lyon.fr](mailto:prenom.nom@chu-lyon.fr)

**CONSENTEMENT ECRIT POUR UNE ETUDE GENETIQUE  
A DES FINS MEDICALES**

Je soussigné (e), Monsieur, Madame (1).....  
atteste que, conformément aux prescriptions des lois n°94-653 et 94-654 du 29 Juillet 1994,  
j'ai donné mon accord pour que soit effectuée une analyse génétique à partir d'une prise de  
sang effectuée sur moi-même ou sur mon parent proche / aidant principal, Monsieur, Madame  
(1) ..... dans l'incapacité de donner cet accord.

Cette analyse repose sur l'étude du patrimoine génétique (ADN). Elle a pour but de  
déterminer si un des gènes présente une anomalie en rapport avec :

- la maladie pour laquelle je suis suivi (1)
- la maladie pour laquelle Monsieur, Madame (1) ..... est suivi (1)
- la maladie présente dans ma famille (1)

Cette prise de sang ne pourra être utilisée à une autre fin, sans mon accord préalable. Dans le  
cadre de cette même étude, mon accord devra être recueilli pour la réalisation d'une enquête  
familiale. Dans cette hypothèse, il m'appartiendra de prendre les contacts nécessaires auprès  
des membres **de ma** ou **de sa** famille (1).

Les résultats de cette analyse ne seront transmis à aucun membre de ma famille ou de la  
famille de Monsieur, Madame (1) ..... Si cette transmission  
apparaît médicalement essentielle, elle n'interviendrait qu'avec mon accord.

Fait à  
Signature

Le  
Visa du médecin prescripteur

(1) Rayer la mention inutile

**UN EXEMPLAIRE A CONSERVER DANS LE DOSSIER ET UN EXEMPLAIRE A  
JOINDRE AUX PRELEVEMENTS**